**診療情報提供書 -NIPT専用-**

# 下記の妊婦がNIPT検査を検討しておりますので、よろしくお願いいたします。

年 月 日

金沢大学附属病院受診歴（有／無）

|  |
| --- |
| **金沢大学附属病院　遺伝診療外来** |
|  |

下記は必要な情報となっております。

多項目にわたり大変お手数をおかけいたしますが、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

**検査の希望が多い場合には先着順となり、予約をお受けできないことがあります。**

＊有の場合診察券番号

印

|  |
| --- |
| 紹介医療機関名 |
| 所在地 |
| TEL |
| FAX |
| 医師氏名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日　　　西暦　　　　　　年　　　　　月　　　日　（　　　　歳） | | | | | | | | |
| 妊婦氏名 | （旧姓 | 様  ） |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 |  |  | ( |  | ) |  |  | 自宅・勤務先 |
| 携帯番号 |  |  | - |  |  | - |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **妊婦情報（すべて必ずご記入ください）** | | |
| **分娩予定日** ： 西暦 年 月 日 | | |
| **妊娠週数** ： 妊娠　　 週 日【西暦　　　　　年　　　　月　　　日現在】  **多胎妊娠** : 　□　１．単胎 □2. 双胎（□1.DD □2.MD □3.MM □4．Vanishing　Twin）  **妊娠週数算出方法 ：**□最終月経　　□超音波　　□体外受精周期　　□排卵日指定　　□決定方法未確認 | | |  |
|
|
| **妊娠初期　　CRL** ： mm 　　　胎 児 心 拍 ： （＋） ・ （−） 【　　 月 日現在】 | | |
| **妊 娠 歴** G :　　　　　P : 　A :  **今回の妊娠**　第　　　　　子　　 □自然妊娠　　□生殖補助医療（下記に詳細を記入ください）  採卵時母体年齢　　　　　 歳  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □ＩＶＦ □ＩＣＳＩ □初期胚移植 □胚盤胞移植 | | |
| **既往歴** ： なし ・ あり （詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| **妊娠中治療薬** ： なし ・ ヘパリン・ 低用量アスピリン ・ ステロイド ・ その他（ | | |
| **妊婦血液型** | RhD 　□陽性 □陰性 □不明 | **妊婦身長** ｃｍ **妊婦体重（現在）** ｋｇ |
| **検査の適応：（いずれかに****をお願いします）** | | |
| □高齢妊娠（分娩予定日に35歳以上） ＊体外受精や顕微授精による妊娠では、採卵時の母体年齢を基準とする | | |
| □過去に13トリソミー、18トリソミー、21トリソミー児を妊娠・分娩したことがある | | |
| □超音波検査、母体血清マーカー検査などの結果、上記３種類の染色体異常を疑う【NT肥厚　□有（　　mm）□無　】 | | |
| **上記に当てはまっても、次のケースは適応になりませんのでご注意ください** | | |
| ●胎児形態異常がすでに診断されている ＊転座を含めて診断可能な羊水・絨毛染色体検査を推奨 | | |
| ●本人または配偶者のいずれかが均衡型転座保因者である | | |
| ＊ただし、13/18/21番染色体に関連する転座では本検査の対象になる場合がある | | |
| ●双胎あるいは、それ以上の多胎妊娠である | | |
| 申し送り事項 | | |

FAX等で事前にご送付いただく必要はありません．妊婦様にお渡しください．

\*紹介状は、妊婦様本人が持参いたします